

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

A. LORÉAL

Né à Chantenay (Loire-Inférieure), le 20 janvier 1866

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADÉNOMES
DU RECTUM

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : M.M. { DIEULAFOY, professeur.

{ ROGER et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

349

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADÉNOMES
DU RECTUM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

A. LORÉAL

Né à Chantenay (Loire-Inférieure), le 20 janvier 1866

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADÉNOMES
DU RECTUM

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : MM. | DIEULAFOY, professeur.
| ROGER et CHARRIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M. Professeurs.....	BROUARDEL. MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	N.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DÉLBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEÏ.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES TANTES

A MON PREMIER MAÎTRE, M. L'ABBÉ GODET

A MES PARENTS ET MES AMIS

A MON MAITRE, M. A. MALHERBE,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, il nous a été donné d'observer plusieurs cas d'adénomes du rectum ; d'un autre côté, la riche collection des tumeurs du laboratoire d'Histologie de Nantes en possède un certain nombre de pièces vraiment remarquables. Ces raisons nous ont engagé à choisir ces tumeurs pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons entrepris ce travail sous les auspices de M. le professeur A. Malherbe ; c'est lui qui nous a invité à traiter ce sujet et qui nous a aidé de ses conseils pour le mener à bonne fin. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance et nous le remercions aussi de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout le cours de nos études.

Le plan que nous adoptons est des plus simples. Nous suivrons l'ordre ordinaire des traités de pathologie, en insistant particulièrement sur l'anatomie pathologique.

Nous prions M. le professeur Cornil de vouloir bien recevoir le témoignage respectueux de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ADÉNOMES DU RECTUM

Définition

En 1854, Broca donna le nom d'adénome à des tumeurs formées par des éléments analogues à ceux des glandes de l'organisme et régulièrement agencées, de façon à former un tissu déterminé qui rappelle certains tissus glandulaires normaux.

Pour Cornil et Ranvier, l'adénome est une tumeur qui représente la structure d'une glande. Il correspond aux tumeurs décrites par Lebert sous le nom d'hypertrophie glandulaire.

Le nom d'adénome a reçu sous la plume de certains auteurs une extension abusive. Sous ce titre, on a décrit l'hétéradénome et le polyadénome. On a encore décrit, sous le nom d'adénome ou de tumeurs adénoïdes du sein, des tumeurs de nature conjonctive, des fibrômes mammaires.

Avec Cornil et Ranvier, nous comprendrons seulement sous le nom d'adénome, des tumeurs qui représentent une glande véritable, un peu hypertrophiée si l'on veut, mais

dont les cellules n'ont pas perdu le type normal et dont la sécrétion continue de se faire.

Il y a deux sortes d'adénomes ; les uns, correspondant aux glandes en grappe, ce sont les adénomes acineux ; les autres, aux glandes en tubes ou adénomes cylindriques.

L'adénome du rectum, dont nous allons entreprendre l'étude, appartient aux adénomes cylindriques.

Historique

L'histoire des adénomes du rectum est, à bien peu de chose près, celle des polypes de ce viscère. Les polypes mous sont, en effet, des adénomes; quant aux polypes durs ou fibreux, probablement des myômes, ils sont très rares, à ce point que certains auteurs tels que Allyngham en avait nié l'existence. C'est donc l'histoire des polypes muqueux que nous allons faire.

Le première observation ne remonte pas à une date très ancienne ; elle est due à Lédran qui la publia en 1731. Il est curieux de remarquer que ces tumeurs plus fréquentes chez l'enfant, furent d'abord observées chez l'adulte. Dans les cas de Lédran, il s'agissait d'un homme de soixante ans qui, toutes les fois qu'il allait à la selle, sentait procider « un corps en forme d'excroissance de chair spongieuse. » Cette tumeur molle, saignante, fut enlevée et n'eut pas de récurrence.

Lieutaud, chirurgien de la ville d'Arles, rapporte un fait semblable. Un jeune homme de 15 ans perdait beaucoup de sang par l'anüs et était devenu d'une maigreur extrême. Il rendit un jour, en allant à la selle, une tumeur grosse comme une poire, suivie d'une abondante hémorrhagie. C'était encore une tumeur molle et saignante qui n'eut pas de récurrence ; le malade recouvra une parfaite santé.

Enaux observa un malade de 36 ans qui rendit à la

suite de ténésme deux polypes du rectum avec hémorrhagie.

Le journal de Desault (1772) contient un exemple de polype du rectum chez un homme de trente ans. Les symptômes y sont décrits avec soin. La ligature fut faite avec succès, sans récurrence.

Boyer consacre un court chapitre à ces tumeurs. Il décrit brièvement les symptômes et le manuel opératoire. Il rappelle aussi le cas d'un jeune homme de 16 ans, qu'il opéra par excision. La tumeur ayant récidivé, il fit une seconde excision et cette fois la guérison fut complète. Il conseille aussi la ligature, mais seulement dans le cas où la tumeur peut être atteinte par le doigt. Ce fut Boyer qui le premier consacra un article à la description des polypes du rectum ; jusque là les auteurs s'étaient contentés de publier leurs observations.

Nous arrivons à Gerdy (thèse de concours 1833). Il remarque que les anciens se sont peu occupés de cette question. Sa description est courte et incomplète. Il parle de l'induration de la muqueuse autour de son point d'implantation, ce qui ferait supposer que Gerdy aurait confondu des épithéliomes avec l'adénome vrai du rectum. Il signale, comme possible, la chute spontanée de ces tumeurs sans en apporter d'exemples.

Laugier, dans le dictionnaire en trente volumes, s'occupe peu des polypes du rectum. Il critique Stolz à propos de l'étiologie de ces tumeurs ; nous reviendrons plus tard sur ce point.

Quelques observations avaient paru sur ce sujet en Allemagne : ainsi, dans le mélange de Smuker, 1776, il est

parlé d'un jeune garçon de 16 ans, qui souffrait beaucoup en allant à la selle ; on lui fit l'ablation d'une tumeur pédiculée et la guérison fut obtenue.

Le docteur Schneider de Fuld, (Journal de Liebold (1828) cite le cas d'une petite fille de 7 ans que l'on croyait réglée. A l'examen on trouva une petite tumeur rectale qui tomba quand on y toucha avec des pinces.

En 1834, le docteur Kulhbrand, dans la Gazette hebdomadaire de Casper, rapporte deux autres cas chez les enfants.

Macfarlane (faits publiés à l'Infirmierie Royale de Glasgow), rapporte un cas dans lequel le polype était gros comme un œuf de poule et le pedicule long de 4 centim. Il fut enlevé par ligature sans excision et n'eut pas de récurrence.

Howship, dans un ouvrage sur les maladies les plus importantes du rectum, signale aussi un cas de polype.

Ce sont à peu près les seules observations de polype chez l'enfant que l'on trouve dans la science avant 1841. A cette époque, ce sujet fut à la fois l'objet de trois mémoires importants :

C'est d'abord celui de Stolz, Professeur à la Faculté de Strasbourg. Il analyse les observations qui ont paru avant lui (Gazette médicale de Paris (1841). Il fait paraître en plus trois observations qui lui appartiennent et deux autres qu'il tient de M. Stœber, agrégé de la même Faculté.

Le second mémoire fut celui de M. Bourgeois d'Etampes (Bull. therap., 1842). Il rapporte quatre observations de polypes du rectum ; il devait plus tard en publier deux autres.

Enfin, M. Goges Gigon d'Angoulême, dans le journal l'Expérience, 1843, relate six cas dont trois lui sont propres.

A partir de ce moment, le polype du rectum a pris place dans les traités de pathologie externe. Il a fait l'objet de trois thèses : de M. Leroy, 1862, de M. Mercier et de M. Levesque, en 1866.

Velpeau, Guersant (1868), Giraldés (1867), Nélaton (1882) ont fait des études sur le polype du rectum ; en même temps, des histologistes, dont nous allons retrouver les noms plus loin, s'efforçaient d'en déterminer la structure.

Anatomie pathologique.

Nous avons étudié, sous la direction de notre maître, M. le professeur Malherbe, sept adénomes qui appartiennent au laboratoire d'histologie de Nantes. Nous aidant surtout du Manuel d'histologie pathologique de Cornil et Rauvier, nous avons cherché à en élucider la structure.

Caractères macroscopiques. — L'adénome du rectum s'observe chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, les adénomes sont ordinairement des tumeurs molles, petites, dont le volume ne dépasse guère celui d'une cerise ou d'une framboise. Leur surface est lisse et parcourue par des vaisseaux; elle peut aussi présenter des aspérités, être mamelonnée; dans certains cas, on la trouve ulcérée et saignante. Ils sont arrondis, quelquefois aplatis.

Ils sont reliés à la muqueuse par un pédicule; ce pédicule est formé par la muqueuse qui se réfléchit à son point d'implantation et enveloppe toute la tumeur. Son volume varie entre celui d'un fil ou d'une plume de corbeau. Il est quelquefois si petit qu'il se rompt quand on veut le saisir pour le tordre; ou bien encore, assez large au niveau du point d'implantation, il va en s'effilant, en sorte qu'on a pu expliquer par cette disposition, l'expulsion spontanée de ces tumeurs dans les efforts de la défécation.

Guersant nous dit dans ses notices sur la chirurgie des enfants: « Le pédicule est assez volumineux lorsque le

polype n'est pas très ancien ; il est plus mince lorsqu'il date de quelque temps, par suite de la tension mécanique qu'il a subie, lors du passage des matières fécales. »

En effet, au début, il n'y a guère qu'une sorte de surface saillante de la muqueuse, surface qui peut rester sessile, mais le plus souvent se pédiculise et dont le pédicule, d'abord gros et court, tend à devenir long et grêle, par le mécanisme ci-dessus indiqué.

Sa longueur est d'environ 1 à 2 centimètres ; dans certains cas, il est plus court et presque sessile, ou, au contraire, beaucoup plus long surtout chez l'enfant. Il contient des veines et des artères dont on sent quelquefois les battements. Nous lisons dans Giraldès : « Le pédicule contient des vaisseaux, artères et veines, ordinairement dilatés et qui, parvenus dans la tumeur, se divisent en une foule de capillaires.

Sa coloration rougeâtre est, en général, moins foncée que celle de la tumeur. Ce pédicule est presque toujours unique ; cependant H. Smith (*Holmes's system*, 2^e éd., T. IV) rapporte un cas de deux pédicules.

Le point d'implantation de la tumeur est variable. D'après Allingham, cette implantation se fait à la partie postérieure du rectum à environ 3 cent. au-dessus de l'anus. On l'a vu aussi s'implanter latéralement ; quelquefois en avant. Très rarement l'implantation se fait à 5. et 6 cent. Toutefois, il y a des exceptions ; ainsi, tous les auteurs rapportent le cas de Desault, où la tumeur s'insérait à 16 cent. de l'anus. Il s'agissait d'un adulte. Guersant en a observé un cas jusque dans le cæcum.

Chassaignac avait voulu diviser les polypes en sous et

sus-sphinctériens. Cette division est plus théorique que réelle. Les tumeurs sous-sphinctériennes sont des hémorroïdes plus ou moins transformées qui ont été prises à tort pour des polypes (Delens et Trélat).

Pour Stolz, ce serait toujours entre les deux sphincters que l'on trouverait ce point chez l'enfant. D'un autre côté, Guersant en a observé, chez l'enfant, implantés jusqu'à 6 et 8 cent. On voit par ces données que le point d'implantation se trouve, en général, vers 3 cent ; mais qu'on peut aussi le trouver à des hauteurs tout à fait différentes.

Les adénomés sont uniques ; c'est la règle. Elle souffre quelques exceptions. Marjolin, qui a vu beaucoup de ces tumeurs chez les enfants, n'en a pas observé de multiples ; mais Guersant, dans un discours à la Société de Chirurgie, dit en avoir vu deux cas chez les enfants.

Chez l'adulte, la structure est la même que chez les enfants, nous nous en occuperons plus loin ; mais ils sont susceptibles de se montrer avec des caractères différents que nous allons étudier.

Leur point d'implantation est variable comme chez l'enfant. Leur pédicule n'est pas ordinairement aussi mince, il est même parfois très volumineux et la tumeur est alors presque sessile. Lorsque ce cas se présente le diagnostic devient très difficile, et alors même que la tumeur est enlevée, l'examen microscopique ne permet pas toujours de se prononcer (A. Malherbe) et laisse craindre une tumeur maligne.

Les adénomes, chez l'adulte, peuvent acquérir un volume considérable. Gosselin a fait représenter (Clin. chir., T. II) un polype papillaire du rectum qui offrait le volume

d'un œuf. Trélat en a vu un gros comme le poing et Boyer un autre gros comme les deux poings.

M. Bourdon, interne des hôpitaux, raprorte un cas curieux d'adénome dans le Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1873. Il s'agit d'un malade que l'on croyait atteint d'hémorroïdes ; sa santé s'était profondément altérée par suite des pertes de sang qu'il éprouvait. A la vue, il n'y avait rien d'appréciable à la région anale ; au toucher, on sentait des fongosités molles et saignantes dans l'ampoule rectale ; enfin, en poussant comme pour aller à la selle, le malade faisait saillir une tumeur grosse comme les deux poings et divisée en deux masses. Après l'opération, suivie de succès, faite par M. Verneuil, l'examen histologique fut pratiqué par M. Thaon et démontra qu'il s'agissait bien d'un adénome du rectum.

Caractères microscopiques

Sur une coupe longitudinale, les tubes glandulaires apparaissent dans toute leur longueur, présentent souvent des bourgeons latéraux ou de véritables bifurcations s'ouvrant à la surface de la muqueuse et se terminant par des culs-de-sac situés à des hauteurs différentes. Le tissu interstitiel semble quelquefois manquer, tant ces tubes sont rapprochés ; d'autres fois, on le voit d'une assez grande épaisseur. Ces tubes présentent des dilatations et souvent des replis ; ils sont revêtus par des cellules très nettement cylindriques dont le volume est plus considérable qu'à l'état normal. Elles sont toujours caliciformes, sauf dans les culs-de-sac encore trop jeunes dans lesquels la transformation muqueuse du protoplasma n'a encore pu se faire.

Sur une coupe transversale, on voit une bordure de cellules caliciformes, très régulière avec lumière centrale ; le noyau est à leur base.

La sécrétion muqueuse continue dans ces glandes qui sont parfaitement typiques et constituent en conséquence le véritable adénome. Il en résulte que les culs-de-sac les plus grands ressemblent à de petits kystes.

La fonction de la glande reste intacte ; le mucus continue à être sécrété à la surface de la muqueuse.

Nous avons cherché si les tubes de nouvelle formation n'étaient pas dus à une invagination de la muqueuse à la

surface de la tumeur. Nous avons saisi plusieurs fois cette disposition ; mais nous ne pouvons être affirmatif à ce sujet.

Le stroma, dans les parties complètement développées, est du tissu fibreux ; ou plutôt du tissu fibrillaire jeune, riche en cellules ; dans les parties où la glande bourgeonne, on trouve du tissu embryonnaire.

Si la tumeur vient faire saillie à l'anus, ses cellules cylindriques se transforment en cellules pavimenteuses. On a dit qu'elles pouvaient prendre l'aspect corné. Nous n'avons pas vu cet aspect corné sur les tumeurs que nous avons examinées. Quand le polype sort à l'extérieur, la muqueuse s'ulcère et devient brun noirâtre par les hémorrhagies qui se font à sa surface. Cette congestion et ces hémorrhagies doivent être facilitées par le peu de résistance du pédicule, qui doit fréquemment se tordre sur lui-même, d'où gêne de la circulation dans le polype. La petitesse du pédicule explique encore pourquoi la circulation en retour est gênée, ce qui favorise les hémorrhagies.

Sur une coupe, on voit des culs-de-sac glandulaires bien développés, à côté de culs-de-sac en voie de formation. Cette formation est assez difficile à suivre ; cependant on peut en observer quelques phases. Les cellules embryonnaires se réunissent par places en petits groupes arrondis. Les cellules de ces groupes grossissent et prennent l'aspect de cellules épithéliales cylindriques, un peu aplaties d'abord, puis plus hautes. Enfin, on y voit apparaître du mucus qui peu à peu refoule le noyau, à la base de la cellule. C'est ainsi que la cellule devient caliciforme. Les vaisseaux se forment probablement par bourgeonnement

des vaisseaux préexistants : ils sillonnent la tumeur et se portent jusqu'à l'extrémité des bourgeons.

Les adénomes du rectum appartiennent au groupe des tumeurs épithéliales. Ils diffèrent des épithéliomes par leur aspect et par leur pronostic.

En effet, l'adénome du rectum, ordinairement pédiculé, est bien limité, ses cellules sont franchement cylindriques, plus ou moins développées, mais jamais déviées de leur type primitif ; il n'a pas de tendance à envahir les couches profondes ; sa surface est le plus souvent lisse et il peut contenir des dilatations kystiques régulières.

L'épithéliome peut aussi contenir des kystes par dégénérescence ; mais il présente une aberration de formes de tubes et de cellules qui l'éloigne du type primitif. Il ne reste pas limité, superficiel, mais envahit les tissus profonds. Enfin son pronostic est très grave.

On pourrait croire d'après ces caractères que le diagnostic différentiel est toujours facile à faire. Il n'en est rien. Il y a des épithéliomes du rectum, qui, à certains moments de leur évolution, présentent les mêmes caractères que l'adénome. Leur base indurée peut-être prise pour un pédicule ; leur surface est presque lisse ; leur examen microscopique lui-même ne permet pas d'être affirmatif. On devra donc toujours réserver son pronostic pour ces tumeurs qui se présentent le plus souvent chez l'adulte et qui, sous un aspect bénin, peuvent évoluer comme le pire des cancers.

A côté de ces adénomes du rectum, il y a d'autres tumeurs désignées sous le nom de polypes fibreux. Bien que ces tumeurs ne rentrent pas dans notre sujet, nous en

dirons cependant quelques mots pour établir les caractères qui les séparent des adénomes. On les rencontre chez l'adulte presque exclusivement et, d'après Nélaton et Verneuil elles sont très rares. Allingham les considérait même comme des hémorroïdes transformées.

Leur structure est mal élucidée. Bilioth y a vu du tissu élastique ; Malassez pense que ce sont des fibromes ou des fibro-myomes. Ces tumeurs sont dures, rouges, criant sous le scalpel et ressemblant aux myomes utérins. Ce sont en réalité des fibro-myomes qu'on peut rencontrer dans tout l'intestin. Nous n'en avons trouvé que trois exemples dans la collection du laboratoire d'Histologie de Nantes.

En 1876, M. Chartier, professeur à l'Ecole de Nantes, en faisant une autopsie, trouva dans l'intestin grêle une petite tumeur. L'examen histologique révéla un myôme.

En 1877, on trouva une autre petite tumeur dans le gros intestin ; elle était reliée au gros intestin par un pédicule très grêle. On y voit très nettement des fibres musculaires lisses. Il s'agit encore d'un fibro-myome.

Enfin, en 1884, M. le Professeur Heurtaux rapporta une observation curieuse dont nous allons donner le résumé. Il s'agit d'une femme qui présentait un peu de constipation. Elle éprouvait de violentes douleurs quand elle allait à la selle et l'on voyait à l'anus une tumeur dure, calcifiée. Il sortait quelquefois des concrétions calcaires. En introduisant le doigt, on sentait au-dessus du sphincter supérieur, une tumeur qui paraissait assez volumineuse, composée de parties très dures ; elle était peu mobile. La malade fut soumise au chloroforme. On introduisit dans le rectum un spéculum de Marion Sims et on aperçut une

production noirâtre. On parvint à la charger sur une tenette et on l'enleva par des mouvements de va-et-vient. La tumeur était déjà détachée de l'intestin, On constata qu'elle était formée de tissu fibreux et de concrétions calcaires disposées à la périphérie de la tumeur et dont quelques-unes étaient recouvertes par la muqueuse. En 1872, étant à Metz, la malade avait eu une obstruction intestinale. Une débâcle s'était produite sous l'influence d'un purgatif. Germain Sée sentit à ce moment au-dessous du foie un engorgement assez considérable. Après une saison à Kreusnach, la tumeur avait semblé diminuer de volume, mais en 1881, il y avait eu de nouveaux symptômes d'obstruction. Jamais on avait constaté de sang dans la selle.

L'analyse de la matière calcaire, incrustant la tumeur, faite par M. le Professeur Andouard, a montré qu'elle était composée comme il suit :

Eau.....	14,715
Sels alcalins.....	0,501
Phosphate de chaux...	21,404
Carbonate de chaux...	63,046
Silice	0,834
	100,000

L'examen histologique fait au laboratoire de l'Ecole, par M. le Professeur A. Malherbe, a fait reconnaître un myome.

Nous allons maintenant rechercher sous quels aspects se présentent les adénomes. M. Cornil, (Journal de Robin

1866), a traité cette question d'une façon complète. Il les divise en polypes formés :

1° Par la distension hypertrophique des glandes en tubes.

2° Par l'hypertrophie des glandes et l'hypergénèse de leurs culs-de-sac.

3° Par l'hypertrophie et le bourgeonnement des papilles au villosités préexistantes. Sur le rectum, il n'existe pas de papilles, mais il peut en survenir par suite de la congestion de la muqueuse. Elles constituent alors de petites tumeurs saillantes qui se pédiculisent. Ce sont les polypes papillaires de Gosselin. A ce groupe se rattachent les villous tumors des Anglais et les polypes granuleux de Paquet de Lille.

4° L'hypertrophie papillaire existe rarement seule ; les papilles se soudent par leur base ; elles ne sont plus distinctes que par leur sommet. Les orifices des glandes se ferment et il y a formation de kystes au milieu de la tumeur.

5° Enfin viennent les polypes dits à tort charnus ou sarcomateux qui sont encore des adénomes.

Forster pense que la 3^{me} et la 4^{me} variété des tumeurs que nous venons d'énumérer peuvent dégénérer et donner naissance à des épithéliomes. C'est le seul auteur que nous ayons trouvé parler de cette transformation possible d'un adénome en tumeur maligne. Notre maître, M. Malherbe n'est pas loin de se rattacher à cette opinion. Il est probable, nous dit-il, que chez quelques adultes la structure du néoplasme se modifie. Voici ce que l'on observe : la tumeur prend une forme végétante ; le point d'implantation s'élargit ; enfin si l'ablation est pratiquée, il peut y avoir récurrence

ou infection générale. Il est difficile de dire si, dans ces cas, il y a dégénérescence de la tumeur qui de bénigne est devenue maligne ou bien s'il y a tout simplement une ressemblance morphologique telle entre les adénomes muqueux et certains épithéliomes que le diagnostic anatomique n'est pas possible à faire.

Etiologie

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'adénome est plus fréquent chez les enfants que chez l'adulte. D'après Stolz, Chassaignac, Giralès et Nélaton, ce serait une affection presque exclusive à l'enfance. Toutefois si l'on veut consulter les statistiques, on s'aperçoit que la grande fréquence chez l'enfant a peut-être été un peu exagérée. Ainsi, sur les 40 cas dont parle Allingham, 17 ont été observés chez des sujets âgés de plus de 14 ans.

L'adénome n'est pas très fréquent. Sur 4000 cas de maladies de l'an us et du rectum, Allingham n'a noté que 16 polypes ; il est vrai qu'il en a trouvé 24 autres dans sa pratique particulière. Bokai de Pesth a relevé 25 cas de polypes du rectum sur un nombre total de 56, 970 enfants observés. Kronenberg, qui pendant 19 années a traité annuellement environ 6000 enfants a rencontré 4 fois seulement chez eux ce genre d'excroissance. Mais c'est là un chiffre très faible, relativement à celui que nous donne Guersant.

Chez l'enfant, d'après Forget, on observe surtout cette affection de 3 à 15 ans ; d'après Stolz de 1 à 12 ans. Marjolin n'en a jamais vu de cas avant 2 ans.

Le sexe a-t-il une influence sur la fréquence de cette tumeur ? Nous le croyons pas ; disons cependant que d'après les statistiques de Forget, on le rencontrerait plus souvent chez les enfants du sexe masculin dans la propor-

tion de 1 à 3; d'autre part, Giralès l'a observé aussi souvent chez les filles que chez les garçons

Chez l'adulte, cette tumeur serait peut-être plus fréquente chez l'homme. Bryant a eu l'occasion d'en voir 14 exemples dans le sexe masculin sur un total de 58 cas.

On a accusé la scrofule, la diarrhée, la dysenterie de donner naissance aux adénomes du rectum. M. Bourgeois a soigneusement noté le tempérament de l'individu dans tous les cas où il a rencontré ces tumeurs. Il s'agissait toujours de sujets robustes et bien portants. C'est aussi ce qui ressort d'un bon nombre d'autres observations.

La tuberculose, la syphilis, l'arthritisme ont été aussi incriminés. Toutes ces affections ne semblent pas avoir grande influence sur la production des adénomes. Quant à l'hérédité, Nélaton pense qu'elle peut jouer un certain rôle.

Stolz croit que toutes les affections qui prédisposent à la chute du rectum telle que diarrhée, constipation etc, peuvent produire des polypes, il dit même que la chute de cet organe suffit pour produire un polype et il en explique ainsi le mécanisme : « Dans les chutes répétées, il peut arriver qu'une partie de la muqueuse soit pincée par le sphincter et devienne le germe d'un polype en s'engorgeant, se gonflant pour se pédiculiser au bout d'un certain temps. » Laugier a vivement combattu cette opinion. La chute du rectum est, en effet, beaucoup plus fréquente que les polypes de cet organe, lesquels ne seraient produits que dans des cas exceptionnels ; et d'un autre côté, les polypes se rencontrent chez des sujets qui n'ont jamais eu de prolapsus rectal.

Nous admettons plutôt que les polypes produisent la chute du rectum.

Velpeau nous fait remarquer que pendant les efforts de la défécation, les matières s'amassent au-dessus du polype, le poussent en bas et réussissent parfois à l'expulser au dehors. Or, si le pédicule est volumineux et résistant, la muqueuse, peu adhérente en ce point, peut glisser sur le tissu sous-jacent et venir à l'extérieur constituer un prolapsus.

Nous devons donc reconnaître que l'étiologie de cette tumeur est tout à-fait obscure et que nous devons constater les faits sans pouvoir en donner d'explication.

Nous ne savons rien non plus de l'instant précis au débute l'adénome ; il n'y a aucun symptôme particulier qui puisse nous indiquer à quel moment il commence. Le plus souvent, il existe depuis longtemps lorsqu'on s'en aperçoit ; témoin, cet enfant de 8 ans que l'on croyait réglée et chez laquelle on découvrit que l'hémorrhagie était produite par un polype du rectum.

Symptômes.

Les débuts de cette affection sont très obscurs et passent le plus souvent inaperçus. Comme la tumeur est très lente à se développer et que les symptômes du début sont généralement peu douloureux, on ne reconnaît souvent la tumeur que lorsqu'elle est déjà bien développée.

Ce qui domine, au commencement, c'est une pesanteur, une gêne rectale qui peut devenir très pénible. Chez l'enfant, qui rend mal compte de ses sensations, ces phénomènes ne sont pas reconnus ; mais chez l'adulte, ils sont bien manifestes et mettent de suite sur la voie un chirurgien attentif. Cette gêne pour aller à la selle, cette pesanteur dans le petit bassin est souvent accompagnée de ténésme rectal, d'envies fréquentes d'aller à la selle et de douleurs vives au moment de la défécation. Ces douleurs peuvent également se faire sentir pendant la marche ; on les a même vues persister dans la station et s'irradier dans les lombes.

Ces symptômes peuvent manquer complètement et le premier signe est quelquefois un écoulement sanguin plus ou moins abondant. Chez l'enfant, c'est le plus souvent le seul symptôme rationnel de cette affection ; et il a d'autant plus d'importance que l'on rencontre beaucoup moins chez l'enfant que chez l'adulte, les affections qui peuvent amener des hémorrhagies rectales. L'attention est éveillée par des taches de sang que l'on trouve sur la chemise du petit malade. Il est rare que ce signe fasse défaut. Bryant assure

avoir vu, au moins vingt fois pendant l'espace de deux ans l'évacuation du sang lié à l'existence d'un polype.

Ces hémorrhagies sont d'abord insignifiantes et elles apparaissent seulement au moment des évacuations alvines ; mais peu à peu, elles deviennent plus fréquentes et plus abondantes et peuvent compromettre la santé des jeunes enfants et même des adultes.

A côté des pertes de sang, il faut citer les pertes glai-reuses signalées en particulier par Duplay. Ces pertes se montrent d'une façon intermittente ou continue et sont quelquefois assez abondantes pour être confondues avec une diarrhée simple. Ces écoulements du mucus ou de glaires se produisent parfois exclusivement au moment de la défécation ; ils peuvent être mélangés à une certaine quantité de sang et, alors, ils ont l'apparence d'une gelée de groseille, signalée par Gross.

Guersant a insisté sur un autre symptôme qui n'a pas la valeur des précédents ; c'est une canelure que l'on trouve dans le bol fécal, correspondant à la saillie que forme la tumeur du côté du rectum. C'est là un caractère qui a été rarement signalé ; pour qu'il se produise, il faut, en effet, que les matières ne soient ni trop dures, ni trop molles, pour garder l'empreinte de la tumeur ; d'un autre côté, quand la tumeur est située assez haut, les matières reprennent vite leur forme, quand elles l'ont dépassée ; enfin, les adénomes muqueux sont, en général, très mous et peuvent très bien se laisser déprimer et ne produire aucune empreinte.

Nous avons dit que l'adénome peut donner lieu à du ténésme rectal et à des irradiations douloureuses dans le

ventre. Il peut encore donner naissance à des troubles bizarres, à des phénomènes névropathiques, à des accidents urinaires qui peuvent éloigner de l'idée d'une tumeur du rectum. M. A. Malherbe a soigné un malade qui n'avait jamais rendu de sang, qui ne souffrait pas du rectum et qui rapportait au col de la vessie les sensations désagréables qu'il éprouvait. Après avoir soigné l'urèthre pendant plusieurs semaines, ce ne fut qu'au second toucher rectal, que M. Malherbe trouva un polype gros comme le bout de l'index. L'ablation de ce polype fit cesser tous les accidents.

Le siège de la tumeur n'est pas sans influence sur la production de phénomènes douloureux. En effet, il est à remarquer que les sujets qui portent un adénome très élevé et qui ne se montre jamais au-dessous du sphincter, souffrent généralement peu ; tandis que les polypes procidents amènent des douleurs intenses et sont l'origine de la plupart des complications qui accompagnent l'existence de ce genre de tumeur. Dans le dernier cas, les hémorrhagies sont plus fréquentes et la tumeur a plus de tendance aux suintements sanguinolents ou même purulents.

Nous ne nous sommes occupé jusqu'ici que des symptômes rationnels des adénomes, il est un symptôme physique qui indique d'une façon certaine l'existence d'un polype, c'est l'expulsion de la tumeur hors du rectum. Lorsque son point d'implantation ou la longueur de son pédicule le permettent, le polype sort au moment des selles. Chez l'adulte, on le voit quelquefois sortir pendant la marche (H. Smith). On aperçoit alors une petite tumeur rougeâtre, parfois presque noire, molle, d'un volume variable, adhérente à la muqueuse par un prolongement plus ou

moins volumineux qui est le pédicule. La tumeur ne reste pas continuellement au dehors ; le plus souvent elle rentre d'elle-même après avoir persisté dix minutes, un quart d'heure, ou même par la pression des doigts.

Chez l'enfant, on a vu le pédicule se rompre pendant les efforts de la défécation et amener ainsi une guérison spontanée. Le pédicule est quelquefois si mince, que la tumeur tombe quand le chirurgien le saisit pour le tordre. Chez l'adulte, l'expulsion spontanée est beaucoup plus rare. Cette expulsion se fait en général, sans grande perte de sang ; dans des cas exceptionnels, l'hémorrhagie a été abondante.

Il arrive souvent que le médecin, appelé auprès d'un enfant atteint d'un adénome, n'en trouve plus de traces. Les parents racontent qu'en allant à la selle le malade a eu une perte de sang plus ou moins abondante avec l'apparition d'une petite tumeur. En invitant le malade à faire des efforts comme pour la défécation, on est quelquefois assez heureux de voir saillir la tumeur. Dans les cas contraires, on devra toujours pratiquer le toucher rectal. Si la tumeur n'est pas située à une trop grande hauteur, on arrive facilement au diagnostic. On trouve, en effet, une tumeur molle, plus ou moins arrondie, que l'on peut circonscrire très exactement et dont on peut apprécier le mode d'implantation.

Le toucher rectal est le procédé le plus simple et le plus sûr que le chirurgien ait à sa disposition pour reconnaître l'existence d'un polype ; il devra toujours être pratiqué lorsque les troubles fonctionnels mentionnés plus haut, avec ou sans hémorrhagies, auront été constatés.

Mais il peut arriver que la tumeur ait un siège trop élevé et ne puisse être atteinte par le doigt ; on aura alors recours au spéculum, dont nous parlerons à propos du diagnostic.

Habituellement la santé générale reste bonne ; toutefois, il est des cas où les hémorrhagies ont amené des désordres assez graves. L'anémie produite par les pertes de sang est d'autant plus marquée qu'elles ont été plus abondantes. Cette anémie se manifeste par une pâleur de la face, une décoloration de tous les téguments, un amaigrissement et la perte de l'appétit. Des vertiges et des lipothymies peuvent en être la conséquence. Quelquefois, l'affaiblissement est si grand que les enfants ne peuvent plus se tenir debout.

Ces caractères n'ont, en somme, rien de particulier ; ce sont ceux de l'anémie en général. Ils ne peuvent que faire songer à une hémorrhagie et conduire le praticien à en reconnaître la cause.

Nous dirons, en nous résumant, qu'il n'y a guère qu'un symptôme certain de l'adénome du rectum, c'est la vue ou le toucher de la tumeur, et que, parmi les symptômes inquiétants, l'hémorrhagie est à peu près le seul qu'il faut craindre.

Marche, Durée, Terminaison

La marche de l'adénome est, en général, fort lente ; il serait difficile de lui assigner une durée précise, car le plus souvent, comme nous l'avons dit, il est impossible d'en saisir le début. Il s'accroît donc lentement et, arrivé à une certaine grosseur, il reste stationnaire. Ce n'est que très rarement qu'on le voit atteindre un volume considérable, particulièrement chez l'enfant.

Nous connaissons déjà sa destinée. Si le pédicule est résistant, l'adénome peut durer très longtemps. Nous savons aussi qu'avec un pédicule grêle, il peut être expulsé spontanément et amener ainsi une guérison naturelle. Des cas de ce genre ont été rapportés par divers auteurs, en particulier par Stolz et Kronenberg.

Quant à la dégénérescence cancéreuse, il est difficile de se prononcer, Forster est le seul auteur qui parle de cette destinée possible de la tumeur. Nous avons donné l'opinion de M. A. Malherbe à ce sujet ; pour lui, il serait très difficile de dire s'il y a eu dégénérescence de la tumeur, ou bien si elle était dès le début un épithéliome affectant la forme, la structure et la marche d'un adénome.

Signalons comme possible l'atrophie spontanée de la tumeur.

Les complications de l'adénome sont peu nombreuses. Certains polypes peuvent s'ulcérer quand ils s'échappent au dehors de l'anus, au contact de l'air extérieur. Ils

peuvent donner lieu à un écoulement de pus d'une odeur repoussante.

On a dit que l'anus pouvait se délater par le passage répété de la tumeur. C'est-là un fait bien rare. Il est plus fréquent de trouver des prolapsus du rectum et des fissures à l'anus produits par l'adénome, complications qui d'ailleurs, cèdent bien vite après l'ablation de la tumeur.

Enfin l'hémorragie peut-elle être mortelle ? Il peut se faire qu'elle ait amené la mort, mise sur le compte d'une anémie dont on a méconnu l'origine. Les auteurs ne rapportent pas de cas de mort attribuée directement à l'hémorrhagie produite par la tumeur.

Diagnostic

Lorsque la tumeur est venue à l'extérieur, qu'on a pu la voir et l'explorer, le diagnostic s'impose, mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent le médecin ne rapporte pas à leur véritable cause les troubles produits par le polype, tels que hémorrhagies, pertes glaireuses, douleurs plus ou moins vives, s'il n'a pas eu l'idée d'explorer le rectum.

Nous avons déjà parlé du toucher rectal et de toute son importance. Giraldès conseille de le pratiquer de la façon suivante : on introduit le doigt d'emblée le plus haut possible, en suivant la paroi antérieure du rectum et on explore bien toute la muqueuse en ramenant le doigt de haut en bas.

De cette façon, on ne risque pas de refouler en haut la tumeur et d'en méconnaître l'existence. En effet, les adénomes étant des tumeurs molles, fuient facilement sous le doigt : on a souvent bien de la peine à les saisir. C'est dans ces recherches que l'on a vu quelquefois le pédicule se rompre et la tumeur tomber.

Une fois la présence de la tumeur bien constatée, on recherche sa forme, sa consistance, son point d'implantation, la longueur de son pédicule, la présence ou l'absence de vaisseaux volumineux dans le pédicule.

Nous recommandons, avant toute exploration, de faire prendre un lavement au malade. Ce lavement à un double avantage : il débarrasse l'ampoule rectale de toutes les matières qui pourraient gêner le diagnostic et en même temps, il oblige le malade à des efforts de défécation qui ont

souvent pour résultat d'amener la tumeur au dehors.

Chassaignac a proposé aussi d'employer un petit ballon en caoutchouc semblable au pessaire de Gariel ; ce ballon, introduit dans le rectum et insufflé est ensuite ramené au dehors et entraîne avec lui le polype.

On n'aura pas recours aux sondes ; c'est là un moyen inutile et dangereux.

Le spéculum ani pourra rendre quelques services ; mais on n'y aura recours que très rarement parce que le toucher suffit le plus souvent et que, chez les enfants, l'emploi du spéculum est très douloureux et peu praticable. Cependant on devra s'en servir, surtout chez l'adulte, lorsque le point d'implantation étant situé trop haut ne peut être atteint par le doigt.

On a conseillé l'éclairage avec un miroir ophtalmoscopique ; on pourrait aussi se servir du photophore électrique. Leur emploi sera très restreint, les autres moyens suffisant presque toujours.

Le diagnostic différentiel ne présente pas, en général, de grandes difficultés ; il est toutefois des cas où il est assez délicat.

Les polypes ont été quelquefois confondus avec les hémorroïdes. Celles-ci peuvent en effet, présenter l'aspect des polypes, être procidentes, être pédiculisées et amener des douleurs et des hémorrhagies ; mais, à l'inverse des adénomes, les hémorroïdes sont ordinairement multiples ; leur point d'implantation est voisin de l'orifice anal ; elles se présentent sous l'aspect de bourrelet plus ou moins dur, lequel offre des renflements séparés par des brides. L'écoulement du sang ne se fait pas de la même façon ; les hémor-

rhoïdes saignent par périodes à peu près régulières, pendant trois ou quatre jours, ce qui les a fait comparer au flux menstruel ; tandis que dans le cas de polype, on trouve du sang dans presque toutes les selles. De plus, les hémorroïdes ne sont pas une affection de l'enfance, ou du moins sont très rares à cet âge. Peut-être serait-il plus difficile de les distinguer des polypes fibreux, quand elles ont subi la transformation fibreuse. Il faudra alors songer à la rareté des fibromes et des fibro-myomes du rectum et à la fréquence des hémorroïdes.

Allingham considère les tumeurs fibreuses du rectum comme des hémorroïdes transformées.

Le prolapsus du rectum a pu donner le change ; comme l'adénome, il peut produire des hémorrhagies et existe surtout chez l'enfant. Il se présente sous la forme d'une petite tumeur rouge, molle, faisant saillie à l'extérieur, à la suite des efforts de défécation ; il est facilement réductible. L'erreur ne sera pas de longue durée, si l'on constate que la muqueuse prolapsée présente une forme annulaire avec un orifice central pouvant admettre facilement le doigt. De plus, il est impossible de circonscrire un pédicule par le toucher rectal. Rappelons que ces affections se compliquent souvent l'une l'autre.

Si la chute était partielle, l'erreur serait peut-être plus facile. Demarquay en a rapporté une observation. C'était un malade qui, en allant à la selle, faisait saillir une petite tumeur rouge, molle, serrée par le sphincter, ce qui lui donnait une sorte de pédicule. Mais le toucher faisait reconnaître qu'il n'y avait pas de pédicule, que la tumeur était plate et résultait de l'étranglement de la muqueuse.

Boyer pense que l'invagination du côlon dans le rectum serait plus sujette à donner le change ; mais, là encore, il n'y a pas de pédicule et l'on trouvera un orifice central, qui redressera vite le diagnostic.

L'intestin grêle faisant hernie dans le rectum à travers une déchirure du cul-de-sac péritonéal, peut aussi se présenter sous la forme d'une petite tumeur. C'est là un accident très rare et qui amène vite des symptômes de la dernière gravité.

Les végétations de toute nature, les hernies périnéales ne peuvent donner lieu à aucune méprise, après un examen sérieux de la tumeur et de la région.

Les lipômes du rectum sont très rares. On les a vus se pédiculiser et être expulsés spontanément ainsi que Castelain et Avezou en ont rapporté des exemples. Leur surface est ordinairement dure, tandis que leur contenu est parfois dans un état de ramolissement remarquable. Le microscope tranchera de suite la question et les fera reconnaître des adénomes.

Les sarcomes du rectum rentrent dans l'ordre des tumeurs malignes dont nous allons nous occuper.

Les auteurs ne semblent pas avoir attaché une grande importance à séparer le diagnostic des adénomes de celui des tumeurs malignes, le jugeant très facile. Chez l'enfant, il est vrai, l'adénome se présente toujours avec des caractères tels qu'on ne peut le méconnaître. Mais, chez l'adulte, il n'en est pas toujours ainsi. Nous croyons nous être assez étendu plus haut sur ce sujet pour faire ressortir que le diagnostic est parfois très difficile et que l'on a pris pour des adénomes des tumeurs à gros pédicules qui évoluaient

comme des cancers. La dureté habituelle de la base des épithéliomes peut manquer et la largeur du pédicule paraît le véritable critérium qui permet de juger s'il s'agit d'une tumeur maligne ou tout au moins suspecte. Lors même qu'un fragment examiné au microscope aura montré des cellules caliciformes bien nettes, il y aura toujours des réserves à faire sur le diagnostic, si la tumeur est sessile ou implantée par une large base.

Pronostic

Les adénomes doivent être rangés parmi les tumeurs bénignes ; le pronostic n'en est pas grave.

L'hémorrhagie peut produire une anémie plus ou moins prononcée, mais rarement assez abondante pour amener la mort, si la tumeur est reconnue à temps.

Il y a peut-être un cas où le pronostic serait moins favorable ; c'est celui où la tumeur étant située très haut, devient inaccessible aux moyens chirurgicaux.

Baker Brown signale le retentissement que ces tumeurs peuvent avoir sur les organes génitaux de la femme et il pense qu'elles peuvent être une cause de stérilité. Il rapporte cinq ou six observations de femmes traitées pour maladies de l'utérus et cela sans succès, jusqu'à ce qu'on eut découvert la cause des accidents. Le pronostic n'en est cependant pas assombri ; car tout rentre dans l'ordre, après l'ablation de la tumeur.

Il en est de même des fissures à l'anus, des prolapsus du rectum et des écoulements plus ou moins purulents qui disparaissent en même temps que la tumeur.

Malgré tout, le pronostic devra être réservé, surtout chez les adultes, dans la crainte d'avoir affaire à une tumeur maligne.

Les adénomes sont-ils sujets à la récurrence ? Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Nous nous rangerons à l'avis de Allingham qui pense qu'après l'extraction ils n'ont

aucune tendance à la récidence. On a cependant cité des exemples ; on a aussi rapporté des cas où la tumeur, bénigne d'abord, s'était généralisée en récidivant et avait emporté la malade. Il est probable qu'il s'agissait dès l'abord d'une tumeur maligne méconnue. Cependant il est une forme d'adénomes, la forme vilieuse que l'on s'accorde à reconnaître comme sujette à la récidence. Ces tumeurs vilieuses, ordinairement multiples, peuvent reparaitre un nombre de fois plus ou moins considérable après leur extraction. Il faut s'en défier ; on peut très bien avoir affaire à des épithéliomes.

Traitement

La question a été agitée de savoir si les adénomes doivent être extirpés ou bien s'il faut attendre leur guérison naturelle. Kronenber pense qu'en raison de la cure spontanée de ces tumeurs, on devrait attendre qu'elles amènassent des accidents assez graves pour exiger l'ablation. Cette opinion n'a plus qu'une valeur historique. Les auteurs se sont rangés à l'avis de Guersant qui conseille d'enlever la tumeur, aussitôt qu'elle aura été reconnue, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

L'opération, en effet, ne présente pas de dangers sérieux : les pertes de sang dues au polype sont certainement plus graves. L'emploi de moyens palliatifs, nous dit Duplay, dans le but d'attendre la chute spontanée de la tumeur est inutile et dangereux.

Nous allons passer en revue les divers moyens qui ont été conseillés pour l'ablation des polypes : avant toute opération, on devra administrer un lavement purgatif pour tâcher d'amener la tumeur au dehors et donner un peu d'opium pour constiper le malade pendant quelques jours après l'opération.

I. *Arrachement et Torsion.* — Le moyen le plus simple est sans contredit l'arrachement combiné ou non avec la torsion. C'est celui qui avait été adopté par Bourgeois et Marjolin. Guersant conseille de procéder de la façon suivante : on introduit l'index dans le rectum jusqu'au pédi-

cule, que l'on contourne en formant un crochet avec le doigt, et on exerce sur lui des tractions douces combinées avec un léger mouvement de torsion. Le plus souvent la tumeur se détache avec facilité si le pédicule est grêle. Il peut même arriver que la pédicule se rompe, quand on est à la recherche de la tumeur. Mais si elle résiste, il faut craindre avec Alphonse Guérin de causer des déchirures ou un polapsus du rectum et alors on devra s'abstenir de fortes tractions.

On aura recours à la torsion quand le pédicule est résistant. On saisit le pédicule avec des pinces et on tourne jusqu'à ce que la tumeur se détache. L'avantage des pinces est d'éviter le glissement des doigts sur la tumeur. On s'en servira toujours lorsque l'adénome étant trop élevé exige l'emploi du spéculum. Par la torsion on évite plus sûrement l'hémorrhagie ; si elle survenait, on cautériserait au fer rouge, à l'exemple de Richet.

II. *Ligature.* — La ligature propagée par Levret (1749) pour l'ablation des polypes en général, fut plus tard appliquée aux polypes du rectum. Guersant l'employait toutes fois que le polype faisait saillie au dehors. Ce moyen cause souvent des douleurs atroces ; il peut être très difficile de le placer au point d'implantation ; enfin Chassagnac l'accuse d'avoir amené la mort dans quelques cas. C'est donc un moyen à rejeter. Toutefois combiné avec l'excision, elle peut rendre des services quand le pédicule est volumineux et résistant chez l'adulte. Roux et Huguier ont conseillé, dans ce cas, de poser des ligatures multiples en traversant le pédicule en différents sens et avec des fils doubles, de manière à lier le pédicule en plusieurs segments. On fait

alors rentrer la tumeur et on attend la chute spontanée. Si la tumeur n'est pas procidente, on se sert d'un spéculum bivalve ou univalve pour porter le fil sur le pédicule.

Au lieu de la ligature simple, on peut faire la ligature élastique, qui a donné de bons résultats.

III. *Excision.* — C'est un moyen très rapide lorsque la tumeur est au dehors. On peut la pratiquer avec l'ongle si le pédicule est grêle. Le plus souvent on a besoin du bistouri ou mieux des ciseaux courbes. Si la tumeur est au dessus du sphincter, on pourra recourir au spéculum ani, mais on devra être bien circonspect : car, en coupant le pédicule trop près de la muqueuse, on peut amener une perforation intestinale très grave. Cependant cet accident n'est guère à craindre, si le chirurgien opère avec soin, car la muqueuse est très mobile sur les tuniques sous-jacentes.

Chez les enfants, le pédicule étant souvent très vascularisé, l'incision peut amener des hémorrhagies inquiétantes et qui doivent rendre le chirurgien très réservé sur l'emploi de ce moyen.

Chez l'adulte, cet accident est plus rare. S'il se produisait, on aurait recours au tamponnement avec des boulettes d'ouate. On pourrait les tremper dans une solution étendue de perchlorure de fer et les réunir par un fil.

A l'incision seule, il faut préférer l'incision jointe à la ligature. De cette façon, on évitera le plus souvent les hémorrhagies consécutives. Boyer recommande de s'assurer que la ligature est bien fixe ; car si le fil glissait, l'hémorrhagie serait d'autant plus grave qu'elle était moins prévue. Une bonne précaution sera de traverser le pédi-

cule par un fil double et de le lier par segment. On devra toujours lier le pédicule, avant de sectionner; quand on soupçonnera la présence d'une artère volumineuse dans le pédicule,

IV. *Ecrasement linéaire.* — L'écraseur de Chassaignac a été employé pour les polypes du rectum. Il sera inutile, quand le pédicule est grêle; quand il est volumineux, il rendra des services et mettra à l'abri de l'hémorrhagie. Voici comment Chassaignac conseille d'opérer. Si la tumeur est procidente, rien n'est plus facile; si elle est placée assez haut, il faudra d'abord l'attirer avec une érigne, puis la pédiculiser avec un fil, et passer la chaîne.

On aura recours à l'écraseur quand le pédicule est épais et vasculaire.

A la place de l'écraseur, on peut se servir de la pince de Rinizoli, de Bologne. C'est une sorte de pince à vis qui étreint et écrase le pédicule, aussi rapidement que les ciseaux. Elle met à l'abri de l'hémorrhagie; de plus son emploi ne nécessite pas une ligature préalable pour pédiculiser la tumeur.

V. *Cautérisation.* — C'est un procédé long, dangereux et très douloureux. Il est difficile de trouver un caustique qui n'agisse que sur la tumeur; le rectum peut-être perforé. Si l'adénome est à l'extérieur, il ne pourra y être maintenu assez longtemps pour être détruit complètement.

Ce moyen doit donc être abandonné, ou du moins on doit le réserver pour terminer une opération, pour arrêter une hémorrhagie consécutive.

La section du pédicule au thermo-cautère ainsi que la

galvanocaustie chimique peuvent rendre des services.

VI. *Le Clamp.* — Allingham saisissait le pédicule au moyen d'un clamp et laissait l'instrument en place jusqu'au lendemain.

Tels sont les procédés employés pour détruire les polypes du rectum ; à l'exception de la cautérisation et de l'incision simple, ils sont tous parfaitement applicables.

En résumé, il faut distinguer les cas simples et les cas suspects. Dans les cas simples qui sont de beaucoup les plus fréquents, surtout chez les enfants, il suffit, lorsque la tumeur peut-être attirée au dehors, de placer une pince à pression en travers sur le pédicule et, avec une autre pince, de tordre le polype jusqu'à ce qu'il se détache, ce qui se fait en général, avec la plus grande facilité.

Quand le point d'implantation est large et qu'on a lieu de craindre une tumeur maligne, il vaudrait mieux fendre le rectum en arrière et de déterminer le prolapsus de la muqueuse. On enlèverait alors la tumeur avec son point d'implantation, aussi largement que possible et on ferait la suture de la muqueuse.

CONCLUSIONS

I. Les adénomes du rectum sont le plus souvent des tumeurs polypeuses, petites, pédiculées.

II. Ils sont plus communs dans l'enfance, mais peuvent être vus chez l'adulte.

III. Dans quelques cas, on trouve des polypes du rectum à large pédicule, présentant une structure histologique semblable, en apparence, à celle de l'adénome et se comportant cependant comme des épithéliomes.

IV. On ne peut dire si ces tumeurs sont des adénomes dégénérés ou des épithéliomes d'emblée.

V. Le pronostic habituellement très bénin des polypes du rectum est un peu assombri par cette confusion possible dans quelques cas avec l'épithéliome.

VI. Le diagnostic est fondé principalement sur la largeur du pédicule. Toute tumeur d'aspect adénomateux dont la base est large sera considérée comme suspecte.

VII. Le traitement consiste dans la section, par torsion ou par toute autre méthode, du pédicule quand il est grêle. En cas d'implantation large, il sera prudent d'enlever largement le point d'implantation et un peu de la muqueuse périphérique.

Vu :

Le Président de la Thèse,

CORNIL.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Allingham (W.)*.—Fistulæ, hæmorrhoids, painful ulcer, stricture, prolapsus and other diseases of the rectum : their diagnosis and treatment, 3^e éd. London, 1879.
- Avezou*. — Lipome pédiculé du rectum. Bull. Société anat., 1874, p. 495.
- Bockai (de Pesth)*. — Ueber mastdarmpolypen bei Kindern. Jahrb. für Kinderheilk, Hf. IV, p. 34.
- Bourdon*. — Bull. de la Société anat., Paris, 1872.
- Bourgeois*. — Bull. thérap. 1842.
- Broca*. — Traité des tumeurs.
- Bryant*. — Sur l'hémorrhagie intestinale consécutive aux polypes du rectum chez l'enfant (Gaz. méd., Paris, 1859).
- Cornil et Ranvier*. — Manuel d'Histologie pathologique.
- Cornil*. — Gazette de Hôpitaux 1852.
- Cornil*. — Journal de Robin, 1868.
- Chassaiguac*. — Réflexions sur l'application de l'écrasement linéaire au traitement des polypes du rectum (Gaz. des Hop. 1852, p. 42).
- Castelain*. — Lipome de l'intestin (Gaz. heb., n° 20, 1870).
- Delens et Trélat*. — Nouveau diction. de méd. et de chirurgie pratiques (p. 574, 1881).
- Duplay*. — V. Follin.
- Enaux*. — Mémoire de l'Acad. de Dijon, 1783.
- Follin et Duplay*. — Traité élémentaire de path. ext., 1883, t. VI, p. 473.
- Forget*. — Polypes du rectum. Soc. de chirurgie, 1853.

- Gerdy.* — Thèse de concours, 1838.
Gigon. — Journal l'Expérience, 1843.
Giraldès. — Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.
Gosselin. — Clin. chir. de l'Hôp. de la Charité, 3^e éd., T. II.
Guersant. — Notices sur la chirurgie des Enfants.
Laugier. — Dictionn. en 30 volumes.
Ledran. — Observ. de Chirurgie (T. p. 228, 1731).
Leroy. — Thèse de Paris, 1862.
Levesque. — Thèse de Paris, 1866.
Macfarlane. — Gaz. méd. Paris (p. 285, 1837).
Malassez. — Bull. de la Soc. anat. (1872, t. XVII, p. 498).
Mercier. — Thèse de Paris, 1857.
Nélaton. — Eléments de path. chirurgicale (T. V, p. 806).
Peyrot. — Traité de path. externe, T. III.
Potherat. — Traité de chirurgie.
Robin. — Gaz. des Hôpitaux 1852.
Smith. — (Holmes's system, 2^e éd.)
Stolz. — Gaz. hebdomadaire de Strasbourg, 1841.
Stolz. — Gaz. hebdomadaire de Paris, 1841.
Trélat. — V. Delens.
Thaon. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872.
Verneuil. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872.

